CONCOURS POUR L'AGRÉGATION

SECTION DE CHIRURGIE ET D'ACCOUCHEMENTS.

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr Et. ADENOT

EX-PROSECTEUR DE LA FACULTÉ DE LYON

EX-CHEF-ADJOINT DE CLINIQUE CHIRURGICALE.



LYON

IMPRIMERIE BOURGEON

RUE DES MARRONNIERS, 7

—

1895

TITRES SCIENTIFIQUES, UNIVERSITAIRES ET HOSPITALIERS

Externe des Hôpitaux de Lyon.

(Concours 1883.)

Interne des Hôpitaux de Lyon.

(Concours 1885.)

Aide d'Anatomie à la Faculté.

(Concours 1888.)

Prosecteur à la Faculté.

(Concours 1890.)

Chef adjoint de clinique chirurgicale

(Concours 1894.)

Lauréat de la Faculté de Médecine.

(Prix des thèses, Médaille d'argent.)

Membre et ancien secrétaire de la Société des Sciences médicales.

ENSEIGNEMENT A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Démonstrations pratiques d'Anatomie.

Démonstrations pratiques de médecine opératoire.

(Cours du professeur Poncet, 1886 à 1892.)

Conférences d'Anatomie.

(1887 à 1892.)

Conférences de petite Chirurgie.

(1890 à 1892.)

Conférences de Médecine opératoire.

(1890 à 1892.)

Conférences de Séméiologie chirurgicale au lit des malades.

(Service du professeur Ollier, 1892 à 1894.)

PRATIQUE CHIRURGICALE

Suppléances diverses de services de Chirurgie dans les hôpitaux de Lyon :

Hôtel-Dieu, Charité, Croix-Rousse, Antiquaille

(1893 à 1895.)

ÉTUDES EXPÉRIMENTALES.

CONTRIBUTION A LA RÉALISATION DE L'ASEPSIE DANS LES PANSEMENTS.

(*Lyon médical*, mai 1888.)

Nous avons recherché le procédé le plus sûr de stérilisation du coton destiné aux pansements. Nos expériences, réalisées à l'école vétérinaire de Lyon dans le laboratoire de médecine expérimentale de M. le professeur Arloing, ont montré que des blocs de coton volumineux, placés dans une étuve à vapeur sous pression et soumis à une température de 120° pendant quinze minutes, se laissaient pénétrer complètement par cette haute température. Des virus très actifs et variés placés au centre des blocs de coton se trouvaient complètement détruits. Des inoculations aux animaux confirmaient d'ailleurs nos résultats.

Ces expériences ont servi à M. Tripier pour réglementer la stérilisation du coton dans son service.

L'APPENDICITE ET LE BACTERIUM COLI COMMUNE.

(Comptes-rendus de la Société de Biologie, 1891.)

Dans cette communication à la Société de Biologie, nous avons examiné le pus dans cinq cas d'appendicite et avons constaté la présence du bacterium coli commune. Trois fois ce microbe se trouvait à l'état de pureté; une fois il était associé au staphylocoque. Ces recherches ont été pratiquées dans le service de notre maître M. le professeur Poncet et inspirées par lui. Nous avons, un des premiers, trouvé le bacillus coli dans l'appendicite.

L'appendice iléo-cœcal présentait des lésions avancées.

Dans un premier cas l'appendice était sphacélé en masse.

Une deuxième fois il existait à la base de l'appendice un orifice de la largeur d'un gros pois et un petit calcul de matières stercorales au-dessus de la perforation.

Dans le troisième cas l'appendice, très augmenté de volume était de la grosseur du petit doigt. Il existait, dans la région rapprochée de l'extrémité, une petite zone manifestement en voie de sphacèle.

La perforation était imminente.

L'appendice, dans le quatrième cas, n'était pas sphacélé ni perforé. La muqueuse très rouge était recouverte d'un enduit épais. Au centre de la lumière de l'appendice existait un calcul stercoral dur, de la forme et du volume d'un grain de blé.

Dans ce dernier cas l'opération fut hâtive.

Enfin, le cinquième cas se rapporte à une typhlite mixte par bacterium coli et staphylocoque. L'appendice ne put être trouvé, perdu au milieu des adhérences.

Ces divers cas représentent toute une gamme de lésions aboutissant en dernier lieu à l'ulcération et au sphacèle en masse de l'appendice. Ils réclamaient tous l'intervention.

Un de nos cas se rapportait en outre à la forme suraiguë sans perforation signalée par M. Poncet et son élève Margery, avec la forme de péritonite foudroyante septique décrite par M. le professeur Duplay.

R' CHERCHES BACTÉRIOLOGIQUES SUR LA GRIPPE.

(In *Rapport de mission de M. le professeur J. Teissier*, 1891, l'Influenza en Russie)

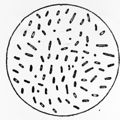
Nous avons fait, dans le laboratoire de M. le professeur Arloing, quelques recherches sur le microbe de la grippe. En particulier nous avons eu l'occasion de faire, en collaboration avec le Dr Courmont, des recherches avec le sang et les mucosités nasales d'un malade au moment précis du frisson qui marque le début de l'infection et constaté des streptocoques longs et entrelacés.

RECHERCHES BACTÉRIOLOGIQUES SUR UN CAS DE MÉNINGITE MICROBIENNE.

(*Archives de Médecine expérimentale*, 1889.)

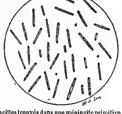
A l'occasion d'un cas de méningite observé dans le service de notre maître le Dr Clément, nous avons entrepris une série de recherches pour déterminer le microbe qui en était la cause, *le bacille d'Eberth*.

Nous avons pratiqué aussi une série d'inoculations soit sous-cutanées, soit par trépanation, sur des chiens, des lapins, des cobayes. Les méningites expérimentales obtenues ainsi contenaient le même microbe.



Bacilles trouvés dans une méningite primitive. (E. ADENOT.)

Cultures dans le bouillon de veau ou sur la gélatine; température moyenne de 30°. — Oculaire VERICK n° 8; objectif à immersion.



Bacilles trouvés dans une méningite primitive. (E. ADENOT.)

Cultures obtenues dans le bouillon de veau; température de 45° à 45°5. — Oculaire VERICK n° 1; objectif à immersion.

Ces recherches nous ont conduit en même temps à étudier les propriétés pyogènes du bacille que nous avions trouvé chez notre malade et, comparativement, les propriétés pyogènes du bacille d'Eberth et du bacillus coli commune. Nos expériences ont contribué à démontrer ces propriétés pyogènes admises aujourd'hui pour ces microbes.

DES MÉNINGITES MICROBIENNES.

(Thèse de Lyon, 1889.)

L'histoire de l'intervention microbienne dans l'étude des méningites était encore à son origine lorsque nous avons choisi ce sujet pour notre thèse inaugurale. Les

hasards de la clinique nous avaient du raste auparavant, fourni l'occasion d'étudier dea méningites microbiennes et ces recherches devinrent, de notre part, le prélude de nouvelles expériences.

Avant la théorie microbienne, la conception de la genèse de ces méningites reposait uniquement sur la clinique seule ou associée à l'examen anatomo-pathologique. Gubler, Bouchut, Bouillaud surtout, avaient imprimé la marque de leur esprit dans leurs interprétations des phénomènes cliniques observés.

Avec les recherches de Weichselbaum, Klebs, Eberth, Lyden, Leichtenstern, l'histoire de la pathogénie des méningites entre dans une voie nouvelle. De leur côté, Senger, Fraenkel, Foa, Bordoni Uffredduzzi, Netter, Mauser, Bonome, Renvers, Monti, J. Roux da Lyon, etc., enrichissent par de nouveaux faits bactériologiques la série des observations précédentas.

Des mémoires plus récents de Vaudremer (1), Wurtz (2), Tictine (3) ont, depuis notre travail, complété la question.

Nous avons divisé les méningites en trois grands groupes d'après l'espèca de microbes constatés dans les exsudats séro-purulents des méninges : *A)* Méningites *cocciennes*, *B)* Méningites *bacillaires* at *C)* Méningites *mixtes*.

Les grandes formes cliniques de *méningites primitives*, *secondaires* et *cérébro-spinales* sont étudiées comme corollaires indispensables de l'intervention des microbes dana l'inflammation des méninges et du mode de leur pénétration jusqu'au niveau de ces membranes séreuses.

---

(1) Thèse de Paris, 1894.

(2) *Manuel de bactériologie*, 1895.

(3) *Archives de médecine expérimentale*, 1894.

A. — Méningites cocciennes.

Nous comprenons sous cette dénomination plusieurs espèces susceptibles du reste de devenir plus nombreuses avec les progrès de la bactériologie. Ce sont :

I. — MÉNINGITES PNEUMOCOCCIENNES soit par le micrococcus de Friedlander, soit par celui de Fraenkel et Talamon. Ce dernier microorganisme, de beaucoup le plus important comme cause de la pneumonie et des méningites, peut déterminer une méningite dans plusieurs circonstances. On peut diviser de la manière suivante la *méningite due au pneumocoque avec ou sans pneumonie.*

1° *Quand elle accompagne la pneumonie.*

2° *Quand elle existe sans pneumonie, à l'état sporadique.*

3° *Quand elle sévit avec une allure épidémique.*

1° *Méningite accompagnant ou suivant la pneumonie.* — La méningite peut être produite par le même agent que la pneumonie et au même titre qu'elle ; ou bien elle peut être causée soit par le même pneumocoque qui émigre secondairement dans les méninges, soit par un autre microbe étranger qui se développe facilement sur un terrain préparé et affaibli.

En réalité, dans les méningites accompagnant ou suivant la pneumonie on a constaté le même agent que dans le poumon, c'est-à-dire ordinairement le *diplococcus pneumoniæ de Fraenkel.* Cette méningite pneumonique peut se développer sans déterminer aucun symptôme, rester en quelque sorte *latente* pendant un temps variable.

Netter, Fraenkel, Foa et Bordoni Uffredduzzi, etc., ont cultivé et retrouvé ces microorganismes dans les exsudats méningés.

2° *Méningite pneumococcienne sans pneumonie.* — Bien étudiée par Netter et par quelques auteurs après lui. Observée soit après des otites (Senger, 4 cas) ; soit dans la forme cérébro-spinale (Foa, Bordoni) ; soit à la suite d'endocardite pneumococcienne (Netter). La fièvre typhoïde elle-même peut se compliquer de méningite à pneumocoque (Netter).

Il résulte de ces recherches que le diplococcus pneumoniæ est souvent l'agent de la pneumonie aiguë, mais que suivant les circonstances il sera encore celui d'une méningite primitive ou d'une endocardite. Il n'existerait plus dès lors d'affinité absolue d'un microorganisme pour un organe déterminé, mais suivant les circonstances et les terrains, suivant une foule de conditions trop souvent fugitives pour le clinicien et l'expérimentateur, cet organisme pathogène pourra se développer bien loin de son lieu en apparence préféré.

II. — MÉNINGITES DUES AU MICROBE DE WEICHSELBAUM *(Micrococcus intracellularis meningitidis).* — Beaucoup plus rares elles sont peu importantes. Goldsmith et Netter en auraient observé quelques cas.

III. — MÉNINGITES DUES AUX MICROBES DE LA SUPPURATION. — Le streptocoque et le staphylocoque se rencontrent très rarement à l'état de pureté dans les méninges. Il est remarquable que des microbes si répandus ne deviennent que très exceptionnellement la cause directe de méningites. Il existe là une sorte d'immunité indéniable.

Pourtant on cite quelques observations (Netter, Neumann et Schaeffer pour le streptocoque, Galippe pour le staphylocoque).

B. — *Méningites bacillaires.*

Comprenant les *méningites tuberculeuses,* les *méningites par bacille éberthiforme.*

Ces dernières ont fait l'objet de mémoires importants de Hermann et Schaeffer, G. Roux de Lyon, Adenot.

A l'occasion d'un fait étudié ailleurs nous avons institué une série de recherches expérimentales dont le résumé même succinct ne saurait trouver place ici.

C. — *Méningites mixtes.*

Les associations microbiennes faciles à expliquer dans les lésions organiques en communication avec l'atmosphère (pneumonies, otites, etc.) le sont beaucoup moins pour les lésions d'organe à l'abri de l'air extérieur (Méninges par exemple).

Que l'on pense que les germes de la suppuration sont contenus antérieurement dans le système circulatoire ou qu'ils pénètrent secondairement dans l'organe déjà infecté, cela importe peu.

Ces associations microbiennes existent et alors les microbes ordinaires de la suppuration sont réunis à d'autres germes pathogènes.

Nous avons étudié en outre la pathogénie des formes *primitives ou secondaires des méningites* microbiennes, ainsi que *les relations de leurs formes cliniques et de leurs anatomies pathologiques avec leurs variétés microbiennes.* Nous ne pouvons insister dans cet exposé sur ces points spéciaux, préférant nous arrêter davantage sur *les voies d'infection des méningites* qui terminent notre mémoire et constituent surtout le côté chirurgical de la question.

Etiologie et voies d'infection.

La nature microbienne des méningites étant admise, l'organisme doit être tout d'abord en opportunité morbide pour permettre au microbe de se développer, mais son mode de pénétration dans l'économie, les voies qu'il emprunte pour arriver jusqu'à l'encéphale ou à la maille sont importantes au premier chef. Les voies suivies se divisent en deux grandes catégories répondant chacune à une classe de méningite :

1° Méningites métastatiques ou par infection générale.
2° Méningites directes.

Méningites par infection générale. — Dans les premières, les agents pathogènes sont amenés par le sang ; dans les secondes, l'infection se produit directement par la base du crâne, les microbes suivent pour y arriver les interstices divers qui avoisinent les cavités naturelles de la face.

Les méningites métastatiquea, certainement les plus fréquentes, se développent pendant le cours des maladies infectieuses soit comme localisation simple du microbe de l'infection générale, soit comme manifestation microbienne surajoutée et étrangère à la maladie générale.

Les détails de ces faits, l'analyse des expériences importantes de M. le professeur Chauveau montrant la pie-mère excellent terrain pour certains micro-organismes alors que le reste de l'économie est réfractaire à la virulence de ces mêmes microbes nous entraîneraient trop loin, de même que l'exposé des causes prédisposantes.

La pénétration à distance des germes jusque dans les méninges établit une sorte d'intermédiaire entre les méningites par infection générale et les méningites par

infection directe. Les. microbes de l'intestin émigrent volontiers au loin, ils peuveut pénétrer jusqu'au foie et aux méninges. Nous relatons une observation personnelle d'abcès sous-hépatique et de méningite suppurée qui avaient compliqué un vaste ulcère cancéreux de l'estomac lequel devait avoir servi de porte d'entrée aux germes méningitiques; et nous pouvons signaler une autre observation personnelle des plus intéressantes de méningite suppurée consécutive à uue cholélithiase suppurée.

Méningites par infection directe. — Les méningites par infection directe ont été bien étudiées en même temps que les microbes des cavités naturelles et des voies aériennes. Besser, Vignal, Netter, Thost ont exploré à ce point de vue les fosses nasales, le pharynx, le larynx, les bronches et les sinus des os du crâne qui regorgent des germes pathogènes. Ceux-ci peuvent émigrer de ces cavités presqu'aux méninges soit par contiguité, soit par le tissu conjonctif périvasculaire ou par les gaines lymphatiques.

La voie veineuse par thrombose peut aussi servir de voie d'infection directe et nous retrouvons alors toutes les causes originelles de thrombose de la face et du crâne.

La voie auditive certainement, et peut-être plus encore aussi importante que les voies nasales et bucco-pharyngiennes, donne accès aux méninges de plusieurs façons; par l'intermédiaire de la muqueuses du conduit qui peut être altérée, par l'intermédiaire des sinus, ou par celui du nerf facial ou du nerf acoustique (Gradenigo, Netter, Zaufal, etc., etc.).

Les otites suppurées par streptocoques, pneumocoques, staphylocoques peuvent devenir le point de départ de méningites.

La voie oculaire par l'intermédiaire des veines, des gaines lymphatiques des nerfs, etc., occupe une place importante aussi dans cette pathogénie.

Les recherches récentes de Deutschmann sur l'ophtalmie sympathique constituent un chapitre intéressant de cette voie oculaire.

L'étude de ces diverses voies d'infection directe prennent en thérapeutique chirurgicale une importance de premier ordre, soit en raison du traitement prophylactique qu'on peut et doit instituer à leur niveau, soit en raison des voies d'accès qu'on peut leur emprunter pour atteindre des lésions méningées lorsque ces dernières sont encore suffisamment localisées.

MÉNINGITE ANORMALE DUE PROBABLEMENT AU BACILLE TYPHIQUE.

(Comptes-rendu de la Société des Sciences médicales de Lyon, 1889.)

Ce mémoire est consacré à l'étude clinique d'un cas de méningite à forme anormale due au bacille d'Eberth.

L'absence de céphalalgie, de vomissement et de température rendit le diagnostic des plus difficile. Enfin cette forme était caractérisée par un état hilarant très analogue aux faits signalés par Abercrombie.

La localisation de ce microbe sur les méninges fut très aiguë et ne s'accompagna pas de suppuration mais seulement d'une infiltration gélatineuse pie-mérienne.

Cette observation fut le point de départ d'une série de recherches que nous avons entreprises sur les méningites microbiennes.

MÉNINGITES MICROBIENNES. — Revue générale.

(Gazette des Hôpitaux, 1890.)

Nous avons exposé dans cette revue d'ensemble l'histoire complète des méningites telles qu'on doit les comprendre actuellement.

Nous avons successivement étudié les formes déjà indiquées dans notre thèse inaugurale en complétant ces diverses données par quelques faits plus récents.

ANATOMIE ET TÉRATOLOGIE.
MÉDECINE OPÉRATOIRE.

NOTE A PROPOS DU QUADRICEPS FÉMORAL.

(*Province médicale*, 9 février 1889.)

Après des dissections sur 23 sujets nous pensons qu'on est justifié à décrire, d'après une ancienne conception abandonnée à tort, un quadriceps crural au lieu du triceps admis généralement par les auteurs actuels. Ainsi que Bichat, Cloquet, etc. l'avaient reconnu, il existe une indépendance presque complète des deux muscles vaste interne et crural et on peut s'étonner que Cruveillier ait cru devoir réunir ces deux muscles alors qu'il était même plus rationnel de réunir le crural au vaste externe. On doit donc décrire un muscle crural indépendant des muscles vaste interne et vaste externe. Ce muscle crural est muni d'un long filet nerveux distinct qui l'individualise encore.

NOTE SUR UN MONSTRE DOUBLE HUMAIN DU GENRE ECTOPAGE.

(*Lyon médical*, 1892.)

Cette étude a été faite en collaboration avec le Dr Vialleton.

1° Contrairement à un certain nombre d'ectopages qui ne possèdent que trois membres supérieurs, les deux bras postérieurs étant fusionnés en un seul (cas de

Geoffroy Saint-Hilaire), notre monstre possédait quatre bras normaux bien conformés et indépendants.

2° Les tubes digestifs étaient fusionnés au niveau du duodénum sur une étendue indéterminée. Chez le fœtus droit il y avait une inversion des viscères digestifs comme cela a été signalé dans tous les cas.

3° Le foie était unique.

4° Le cœur possédait un seul ventricule et une seule oreillette. On ne constatait dans le cœur aucune trace de dualité; ce cas est, à notre connaissance, celui où la fusion des deux appareils centraux de la circulation était portée au plus haut degré.

5° L'amnios enserrait étroitement les embryons et maintenait en plusieurs points les membres appliqués étroitement contre les parois du corps.

NOTE A PROPOS DE LA LIGATURE DE L'ARTÈRE FÉMORALE DANS LE CANAL DE HUNTER.

(*Lyon médical*, 1891.)

Nous indiquons le moyen d'ouvrir plus sûrement le canal de Hunter dans la recherche de l'artère fémorale à ce niveau. La ligature de ce vaisseau présente pour les élèves une difficulté constante qui est la recherche du nerf saphène interne, repère important du procédé de ligature de cette artère. Cette difficulté est si réelle que quelques auteurs conseillent presque de se passer du nerf saphène et d'ouvrir le canal par son orifice supérieur. Il suffit de se rappeler que le nerf en question est masqué et noyé dans une grande quantité de tissu cellulo-adipeux

sur une longueur de plus de 4 centimètres. Il faut donc, *avant de chercher le nerf, déchirer cette couche de tissu conjonctif* toujours très abondant. *Cette dissociation* du tissu cellulo-adipeux *doit constituer un temps spécial de la dénudation.*

En outre, sur le cadavre, il vaut mieux ne pas se guider sur le muscle couturier, qui, mobile, constitue un mauvais rapport. Par la pesanteur (sur le cadavre) le muscle couturier est entraîné en arrière et en dedans et les débutants qui l'ont pris pour guide se dirigent constamment dans la région postérieure de la cuisse. Cette faute est des plus fréquente.

ANATOMO-PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALE.

LA SUTURE OSSEUSE DANS LES FRACTURES DE L'OLÉCRANE.

(*Lyon médical*, 1895.)

Nous avons étudié les causes du défaut du cal osseux dans les fractures de l'olécrâne ainsi que les conditions qui devaient guider le chirurgien dans le traitement le mieux approprié à chaque cas.



Lorsque l'écartement des fragments est peu accentué, on peut se borner à des séances de massage ; mais la suture de l'olécrâne devient indispensable avec un écartement marqué des fragments, avec un épanchement de sang abondant dans l'articulation du coude, avec une fracture ouverte. La suture de l'olécrâne dans ces cas constitue le traitement de choix. Pratiquée avec les précautions antiseptiques que tout chirurgien doit connaître, cette suture est sans danger.



Dans les cas où la suture n'est pas absolument indispensable elle constitue encore néanmoins le meilleur traitement.

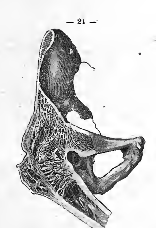
Les planches ci-jointes donnent le résultat d'une suture de l'olécrâne que nous avons pratiquée dans un cas de fracture compliquée avec grand écartement des fragments. Le résultat est excellent.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA LUXATION IRRÉDUCTIBLE DU COUDE, EN PARTICULIER CHEZ LES ENFANTS.

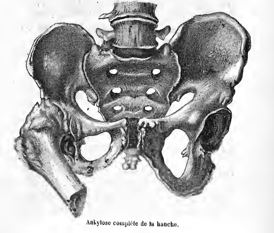
(*Lyon médical*, 1895.)

Nous signalons une cause non indiquée d'irréductibilité des luxations du coude chez les enfants, c'est l'arrachement de l'épitrochlée par le ligament interne et son interposition entre les extrémités articulaires. Ce mécanisme ne peut mieux être comparé qu'à celui qui s'oppose à la réduction des luxations du pouce. L'épitrochlée s'était placée entre les extrémités articulaires de la même manière que l'os sésamoïde entre les extrémités carpo-métacarpiennes du pouce. L'arthrotomie suivie du dégagement de l'épitrochlée permit, dans notre cas, de réduire les extrémités osseuses avec la plus grande facilité.

Le malade guérit avec des mouvements presqu'aussi étendus que normalement au bout de deux mois et qui ne font que s'améliorer.



Ankylose complète de la hanche.

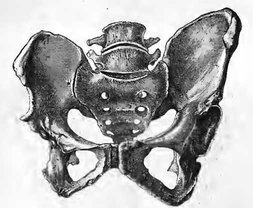


Ankylose complète de la hanche.

NOTE SUR DEUX BASSINS COXALGIQUES.

(*Revue d'orthopédie*, septembre 1891.)

Dans cette note, en collaboration avec le Dr Condamin, nous avons décrit deux bassins coxalgiques qui présentaient des déformations accentuées du détroit supérieur et du détroit inférieur. Ces deux bassins représentaient deux types opposés de lésions : ankylose et luxation. Ces deux types s'accompagnaient de déformations différentes dans les deux cas.



Disparition de la cavité cotyloïde par luxation pathologique du fémur.

Dans le premier cas (ankylose coxofémorale droite en flexion et adduction forcée) le détroit supérieur avait la forme oblique ovalaire. Toute la partie du côté de l'ankylose se trouvait très atrophiée. La diminution des dia-

mètres portait surtout sur le détroit inférieur. On peut constater les déformations sur les planches ci jointes.

L'ankylose était complète comme le montre le dessin.

Du côté du second bassin, affecté de coxalgie ancienne, il y avait luxation pathologique du fémur par usure de la tête fémorale qui avait complètement disparu. Par suite de l'absence de pression latérale de ce côté le détroit supérieur se trouvait très évasé malgré l'atrophie de l'os iliaque du côté correspondant. (Voir les planches.)

Ces pièces ont été recueillies dans les amphithéâtres de Médecine opératoire de M. Poncet.

PIED-BOT VARUS GRAVE INVÉTÉRÉ.

TARSECTOMIE. — REDRESSEMENT. — GUÉRISON.

(*Mercredi médical*, avril 1895.)

Nous relatons l'observation d'un malade âgé de 51 ans, porteur d'un pied-bot varus grave d'origine congénitale, que nous avons opéré et chez lequel nous avons obtenu un résultat très satisfaisant.

Ce pied-bot, compliqué d'arthrite suppurée, rendait le malade complètement impotent et lui causait des douleurs intolérables.

L'extirpation de l'astragale, du cuboïde, du scaphoïde, de l'extrémité antérieure de la grosse tubérosité du calcanéum et de l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien me permit de redresser le pied progressivement au moyen d'attelles plâtrées successives.

Un an et demi après l'opération le malade marche bien.



Photographie d'après moulage.



Redressement du pied droit.

Il peut faire plus de trois kilomètres sans fatigue en boitant peu et en s'aidant d'une simple canne.

Le pied, un peu raccourci, n'est pas douloureux ; de légers mouvements de flexion et d'extension sont possibles et facilitent la marche.

Les planches ci-jointes rendent compte suffisamment du résultat obtenu.

OSTÉOME DES FOSSES NASALES. CRISES ÉPILEPTIFORMES DE NATURE PROBABLEMENT RÉFLEXE. ABAISSEMENT DU NEZ. — ABLATION DE LA TUMEUR.

(*Lyon médical*, avril 1895.)

Nous avons, dans ce travail, étudié un cas d'ostéome des fosses nasales que nous avons opéré et enlevé après abaissement du nez. Le malade qui fait le sujet de cette observation, âgé de 25 ans, souffrait depuis 4 ou 5 ans de malaises vagues dont la cause était méconnue. En même temps des crises d'épilepsie s'étaient déclarées depuis plusieurs mois explicables par un réflexe d'origine nasale.

L'ablation de la tumeur à la gouge et au maillet, en enlevant progressivement des copeaux des tissus osseux, fut suivie d'une disparition complète des crises pendant trois semaines. Cette amélioration est expliquée très suffisamment par la décompression veineuse intracranienne résultant de l'opération et par l'extirpation du foyer d'excitation nasale.

La tumeur siégeait sur le plancher des fosses nasales, présentait environ le volume d'une très grosse amande, saillante surtout à la partie antérieure du niveau du vestibule de la narine. La base de la tumeur était complète-

ment fusionnée avec le maxilaire sur lequel elle était implantée.

Formé d'une couche superficielle de tissu osseux compact, l'ostéome au centre se trouvait constitué d'une masse de tissu spongieux. La consistance de la tumeur assez résistante à la surface l'était beaucoup moins à l'intérieur et l'instrument n'éprouvait pas de difficultés réelles à enlever la masse osseuse.

A la surface de la tumeur, existait un nodule cartilagineux légèrement mobile sur le reste de l'os ; ce petit noyau de cartilage, examiné au microscope, semblait se continuer avec des bourgeons chondraux des espaces médullaires de l'os sous-jacent

Il s'agissait probablement d'un ostéome de croissance. La tumeur se distinguait par sa fixité des ostéomes ordinaires qui sont en général mobiles et énucléables.

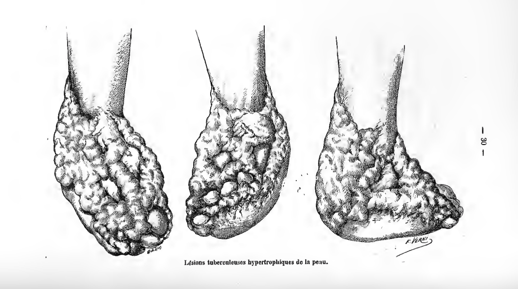
L'abaissement du nez, en ouvrant une voie large nous permit de pratiquer facilement l'extirpation de la tumeur.

DE L'ORIGINE OSSEUSE DE CERTAINES ULCÉRATIONS TUBERCULEUSES EN APPARENCE EXCLUSIVEMENT CUTANÉES.

(FRÉQUENCE ET OBSCURITÉ DE CETTE ORIGINE DANS LES AFFECTIONS LUPOÏDES DES EXTRÉMITÉS DES MEMBRES.)

(*Revue de Chirurgie*, octobre 1893.)

Dans ce travail, fait dans le service de notre maître M. le professeur Ollier, nous insistons sur les tuberculoses cutanées à forme lupoïde qui ont fait de notre part l'objet d'une communication antérieure au Congrès de Chirurgie, 1893.



Lésions tuberculeuses hypertrophiques de la peau.

DIFFICULTÉS DU DIAGNOSTIC DANS CERTAINES FORMES DE TUBERCULOSE CUTANÉE D'ORIGINE OSSEUSE.

(*Lyon médical*, 1895. Sous presse.)

Certaines ulcérations tuberculeuses de la peau, offrent des difficultés pour un diagnostic précis soit à cause de leur origine osseuse qui peut pendant longtemps rester méconnue, soit même en raison de leur aspect macroscopique qui rappelle, à s'y méprendre, certaines ulcérations épithéliomateuses. Ces variétés d'ulcères tuberculeux hypertrophiques sont secondaires ordinairement à des fistules osseuses, à des caries des os des extrémités des membres, mais les lésions originelles peuvent se trouver masquées par l'exubérance des bourgeons de l'ulcère lupoïde cutané. Dans de telles conditions, ces productions surajoutées se développent quand elles sont excitées par des causes irritantes, d'une manière tout à fait inusitée. Les tissus sous-jacents sont déformés lentement, profondément modifiés au point que le membre peut devenir informe. Le diagnostic devient dès lors impossible entre un ulcère fongueux tuberculeux et un ulcère cancroïdal, jusqu'à ce que le microscope ait tranché la question.

La planche ci-jointe représente un cas superbe, que nous a donné notre maître M. le professeur Poncet, d'ulcère cancroïdal du pied consécutif à la dégénérescence d'un foyer d'ostéite astragalo-calcanéen et ayant détruit en partie les orteils. L'examen microscopique a montré qu'il s'agissait de lésions tuberculeuses hypertrophiques.

ULCÉRATIONS LUPOÏDES DE LA PEAU DU PIED ET DE LA MAIN LIÉES A DES OSTÉOPATHIES TUBERCULEUSES SOUS-JACENTES.

(Congrès de chirurgie, 1893.)

Certains ulcères cutanés tuberculeux du pied ont une origine osseuse parfois méconnue.

Ces mêmes ulcères offrent ordinairement un aspect différent des formes habituelles de la tuberculose de la



peau. Leur surface bourgeonnante, papillomateuse, molle, plus ou moins élastique, saigne assez facilement. Appartenant à la classe des lupus par leur évolution et leurs

cararctères histologiques et bactériologiques, ces ulcérations tuberculeuses présentent tous les intermédiaires entre les formes d'aspect myxomateux et celles dites demi-scléreuses. Tantôt ces tuberculoses cutanées sont primitives, tantôt elles sont secondaires à une ostéite tuberculeuse. Celle-ci à son tour, ou bien reste en continuité avec l'efflorescence cutanée, ou bien la continuité a disparu. En pareil cas il peut être très difficile d'établir l'origine osseuse de la lésion superficielle qui, irritée, a survécu au point osseux guéri. M. Ollier insiste sur les récidives tenaces d'ulcérations tuberculeuses cutanées qui peuvent reconnaître pour cause une lésion osseuse profonde ayant passé inaperçue. La guérison ne sera obtenue en pareil cas que par la destruction du point osseux d'origine.

ARRACHEMENT DU BOUT PÉRIPHÉRIQUE DES NERFS SECTIONNÉS DANS LE TRAITEMENT DES NÉVRALGIES REBELLES.

(Congrès de Chirurgie de Lyon, 1894.)

Cette opération, très recommandée par MM. Tripier et Mollière, semble à tort un peu délaissée pour des interventions plus radicales mais plus dangereuses. L'arrachement doit non pas constituer un temps accessoire de la névrotomie, mais il doit constituer à lui seul une méthode toute entière.

La section du nerf portera le plus haut possible. On ne se contentera pas de réséquer 1 ou 2 centimètres comme beaucoup de chirurgiens le pratiquent encore trop sou-

vent. L'arrachement doit porter sur le bout périphérique tout entier.

On saisit le tronc nerveux (bout périphérique) avec une pince et on enroule le nerf autour de l'instrument. Il faut tirer lentement et suivre avec une sonde cannelée les progrès de l'enroulement afin de faciliter le dégagement du nerf dont on arrive ainsi à extirper 8 à 10 centimètres. Les dernières ramifications ainsi arrachées arrivent à être très ténues et proviennent souvent des anastomoses éloignées et des rameaux nerveux profonds (en particulier pour l'arrachement du nerf sous-orbitaire) qui semblaient tout d'abord impossibles à atteindre. Sans doute on aura parfois des insuccès; d'autrefois les névralgies disparaissent pour récidiver quelque temps après. Dans ces cas il existe des lésions secondaires des centres nerveux et les mêmes insuccès attendent les interventions chirurgicales plus graves, telle que l'arrachement du ganglion de Meckel.

Il est donc nécessaire de ne pas opérer trop tard, et d'intervenir avant la production de lésions des cellules nerveuses centrales.

NÉVRÔME PLEXIFORME DE LA PARTIE INFÉRIEURE DE LA JAMBE. — ABLATION COMPLÈTE.

(*Lyon médical*, 1893).

Les névrômes plexiformes développés sur les membres sont très rares. Dans sa thèse récente Picqué, qui a réuni toutes les observations connues de ces névrômes, en signale trois cas observés à la cuisse.

Pour la première fois, notre observation signale la localisation de la face interne de la jambe.

Les masses vermiformes examinées au microscope par M. Paviot, préparateur du laboratoire d'anatomie pathologique à la Faculté, ont montré les lésions habituelles des tumeurs appelées « névrômes cylindriques plexiformes » depuis M. Verneuil. Contrairement à ce qui a lieu ordinairement, nous avons pu enlever la tumeur dans sa totalité.

La peau qui recouvrait la tumeur présentait une malformation et une pigmentation anormale d'origine congénitale, bien que la tumeur fut située contre le plan osseux du tibia.

Il n'existait pas de lésions du côté du squelette comme des exemples en ont été signalés au niveau du crâne par Billroth et Poncet.

QUELQUES REMARQUES A PROPOS DE TROIS OPÉRATIONS DE GOITRE.

(*Province médicale*, avril 1895.)

En nous guidant d'après l'enseignement de notre maître M. le professeur Poncet, nous avons pratiqué deux opérations de goitre kystique ou strumectomie et une thyroïdectomie partielle pour goitre parenchymateux. Ces trois opérations ont été suivies d'un très bon résultat. Dans un des goitres kystiques très volumineux l'énucléation s'accompagna d'une hémorragie formidable par déchirure d'un gros sinus veineux dont la situation était anormale et qui adhérait fortement à la capsule de la

tumeur. La thyroïdectomie partielle pratiquée sur un goitre plongeant très adhérent à la face postérieure de la fourchette sternale ne s'accompagne, au moment de la section en plein tissu thyroïdien du lobe de goitre enlevé, d'aucune hémorragie ; cela est d'ailleurs la règle en pareil cas. Il fallut en raison de l'adhérence au sternum effectuer un véritable arrachement de la tumeur avant de l'extirper.

THROMBOSE DE L'ARTÈRE MÉSENTÉRIQUE INFÉRIEURE ET GANGRÈNE DU CÔLON.

(*Revue de médecine*, 1890.)

Ce travail a eu pour point de départ une observation très curieuse de gangrène du côlon descendant étendue à toute la zone irriguée par l'artère mésentérique inférieure, ou plutôt par les deux branches coliques moyenne et inférieure de cette artère. A sa partie inférieure le côlon descendant se trouvait même complètement détruit et comme sectionné.

L'examen histologique révéla des lésions de nécrobiose simple sans lésions athéromateuses des petits vaisseaux des parois intestinales. Par contre on trouvait sur l'aorte des lésions athéromateuses étendues et *une plaque calcaire obstruait presque complètement l'embouchure de la mésentérique inférieure. De plus le vaisseau présentait, sur une étendue de 3 centimètres, un caillot ancien qui obstruait complètement sa lumière.*

Nous relatons aussi plusieurs observations de gangrènes intestinales secondaires à des lésions dues à des compressions de branches des mésentériques. On connait

parfaitement aujourd'hui ces complications; aussi est-il recommandé, lorsque le mésentère a été coupé près de l'intestin, de réséquer la portion correspondante de ce dernier.

Dans un deuxième chapitre nous avons étudié les causes d'obstruction des artères mésentériques. Les caillots obturateurs ont deux origines: 1° locale; 2° embolique; cette seconde origine étant la plus fréquente. La mésentérique supérieure est plus souvent atteinte que l'inférieure en raison de sa situation plus élevée, de sa direction, de son calibre.

On a cherché à produire expérimentalement des embolies des artères mésentériques afin d'étudier les conditions de la circulation intestinale et la pathogénie des ulcérations et gangrène de l'intestin: Panum, Prévost et Cotard, Lefevre, Feltz, Mollière ont cité des observations et réalisé des expériences variées.

Tandis que les embolies des mésentériques ne sont pas très exceptionnelles, leur oblitération par endartérite chronique et par thrombose est extrêmement rare. Mollière n'est cependant pas de cet avis et admet la fréquence relative de la thrombose de ces artères.

La compression simple peut devenir une cause de thrombose des mésentériques. Nous reproduisons à ce point de vue une observation très intéressante de compression de l'artère mésentérique par un ganglion crétacé. Enfin Rayer et Davaine ont aussi appelé l'attention sur les *anévrismes* vermineux des mésentériques, fréquents chez le cheval.

Les oblitérations des artères mésentériques aboutissent à la gangrène ou à la simple ulcération des tuniques intestinales.

D'autres fois on observe simplement une infiltration plus

ou moins marquée de ces mêmes parois. Il est probable que cette infiltration n'est que le prélude de lésions plus graves, et qu'elle aboutirait à la nécrobiose si la vie se prolongeait ou si la lésion progressait.

Les *symptômes* des thromboses des artères mésentériques présentent une certaine valeur clinique ; mais les erreurs de diagnostic sont faciles.

Le symptôme le plus constant est la *diarrhée* qui ne manquerait jamais. Cette diarrhée est persistante et débute brusquement.

La *fétidité des matières*, leur *couleur* constituent des symptômes moins nets qui n'acquièrent quelque valeur que lorsqu'ils se surajoutent aux autres signes ; il en est de même de la *douleur ombilicale* et *hypogastrique*.

L'abaissement considérable et brusque de la température, l'*hémorragie intestinale* sont avec la *diarrhée* les symptômes les plus importants.

Géhrardt admet même, d'après huit observations que l'hémorragie intestinale est le seul symptôme qui permette de diagnostiquer l'oblitération de l'artère mésentérique. Ces hémorragies internes peuvent se déceler à l'extérieur et s'accompagnent du reste de toutes les complications des hémorragies graves. Ces symptômes présentent de nombreuses et fréquentes anomalies qui ne peuvent trouver place dans cette courte analyse.

L'étude de la physiologie pathologique de l'obstruction des mésentériques a attiré plus spécialement notre attention.

La disposition des artérioles terminales, la pression du sang, le voisinage du milieu intestinal essentiellement infecté interviennent dans la production des lésions gangréneuses.

Par suite de l'étendue du territoire intestinal irrigué

comparativement à la richesse des anastomoses, la circulation collatérale, à la suite de la ligature d'une branche importante des artères mésentériques, se rétablit très lentement.

La circulation collatérale a plus de difficulté à se rétablir que dans les autres organes, parceque d'une part l'intestin ne reçoit de sang que par son point d'union avec le mésentère et, d'autre part, c'est un organe très long qui n'est en relation avec d'autres artères qu'aux deux extrémités; et cela avec des artères qui, comparées à la force des mésentériques et à l'extension du domaine à arroser, peuvent être considérées comme insignifiantes; ces conditions éclairent ce fait que la pression normale ne peut arriver rapidement à remplir ces voies.

Litten admet que cette circulation collatérale s'établit seulement quatorze heures après la ligature, c'est-à-dire beaucoup plus lentement que dans les autres organes. Or la nécrobiose des parois intestinales commence à se montrer seulement deux heures après l'oblitération vasculaire, *à cause du voisinage de produits infectieux.*

Litten, en raison de cette particularité, appelle l'artère mésentérique « artère terminale fonctionnelle »; c'est une artère terminale au point de vue physiologique.

La distribution des fins réseaux des parois de l'intestin commande la forme des *ulcérations* typhiques, tuberculeuses, etc. modalités de la nécrobiose intestinale.

SALPINGITE SUPPURÉE DOUBLE. — PÉRITONITE SUPPURÉE.

(*Lyon médical*, 17 août 1890.)

Il s'agit d'une observation d'anatomie pathologique.

La malade mourut brusquement au moment d'être examinée.

A l'autopsie, l'utérus présentait, sur la face antérieure et à peu près sur la ligne médiane, un fibrôme du volume d'une mandarine. La tumeur saillante du côté de la cavité utérine comprimait en partie les orifices tubo utérins. Dans la trompe gauche il existait une collection du volume d'une tête de fœtus. Au niveau du pavillon l'obstruction de cette trompe était absolue.

La trompe droite simplement dilatée et allongée contenait aussi du pus mais en moindre quantité. La trompe de ce côté se trouvait repliée sur elle-même et contre l'ovaire.

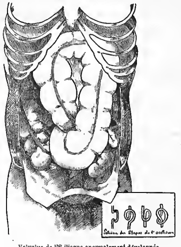
Le tissu cellulaire des ligaments larges était sain. Le péritoine au voisinage des trompes était le siège de fausses membranes et d'adhérences nombreuses.

OCCLUSION INTESTINALE PAR VOLVULUS DE L'S ILIAQUE DÉMESURÉMENT ALLONGÉE (deux mètres de long). LAPAROTOMIE.

(*Archives provinciales de Chirurgie*, 1895.)

Ce cas de volvulus de l'S iliaque dont le pédicule siégeait à l'origine du rectum, répondait probablement à une

malformation congénitale. L'anse ectopiée présentait un volume énorme. Le pourtour de l'S iliaque mesurait plus de deux mètres de long. La circonférence de l'anse était de 45 centimètres au moins. Elle pouvait contenir de 15 à 20 litres de gaz et de matières. L'S iliaque ainsi distendue et tordue sur elle-même remontait sous la base du foie et refoulait l'estomac en haut et en arrière.



Volvulus de l'S iliaque anormalement développée.

Le volvulus de l'S iliaque n'est pas lui-même absolument rare et Trèves admet qu'il représente la quarantième partie de tous les cas d'occlusion intestinale. La prédisposition au volvulus est favorisée par l'élongation du méso-côlon. Trastour, Vulpian, Berry ont signalé quelques cas de dilatation extrême de l'S iliaque.

Il est difficile d'admettre avec quelques auteurs que la coprostase soit une cause de la dilatation aussi marquée de l'S iliaque et de son volvulus. Ce dernier se trouve justement plus fréquent chez l'homme qui est moins exposé à la constipation.

Il existe plutôt des malformations congénitales des segments de l'intestin avec son mésentère, de même qu'il existe des anomalies de développement, par exemple, des fossettes péritonéales.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES OCCLUSIONS INTESTINALES APRÈS LES LAPAROTOMIES.

(*Gazette hebdomadaire*, mars 1895.)

Les occlusions intestinales post-opératoires signalées depuis longtemps sant actuellement plus souvent observées en raison de la multiplicité des laparatomies depuis la période antiseptique.

Nous avons étudié certaines occlusions post opératoires déterminées par des compressions de l'angle sous-costal gauche du côlon par les anses intestinales voisines, ou par l'exagération de cet angle grâce à quelques dispositions accidentelles du côlon transverse.

Nous avons vérifié ces dispositions de topographie intestinale, soit sur le cadavre, à l'autopsie de malades mortes de l'occlusion, soit expérimentalement en reproduisant sur le cadavre des dispositifs comparables à ce qui se passe sur le vivant.

Ces recherches nous ont permis de constater la compression très réelle de l'angle supérieur gauche du côlon

transverse et descendant par des anses intestinales qui venaient se placer dans la concavité de cet angle. Cette compression du côlon peut se trouver réalisée de trois manières :

1° Une anse d'intestin grêle dilatée décrit un coude à sommet supérieur qui vient s'emboîter exactement dans la concavité de l'angle gauche des côlons et comprimer cet angle.

2° Une anse d'intestin grêle croise la partie supérieure du côlon descendant à angle aigu et en avant de lui. Le côlon descendant, bridé et retenu contre la paroi postérieure de l'abdomen par le péritoine, se trouve comprimé par le météorisme de l'intestin grêle avant d'avoir pu se dilater. Il reste donc ratatiné comme on peut le vérifier le plus ordinairement sur le cadavre.

3° Le côlon est refoulé en arrière par toute la masse grêle qui le comprime.

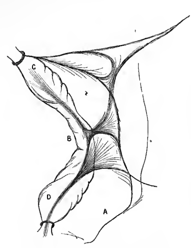
Les compressions précédentes sont, d'ailleurs, favorisées beaucoup par l'état de développement et la disposition très variable du ligament suspenseur de l'angle sous-costal gauche du côlon. Ce ligament, très bien vu par Glénard, se dispose en éventail et décrit des arcades ligamenteuses qui servent à répartir et étendre sur un grand espace leur action de soutien.

Ce mode de suspension devrait s'opposer aux occlusions mécaniques et s'y oppose en effet lorsqu'il est bien développé. Trop souvent il est atrophié ou bien ramassé sur lui-même ; dès lors il accroche l'intestin mais il ne le soutient pas sur une grande distance.

Ce ligament formé de fibres conjonctives à l'exclusion de fibres musculaires lisses peut, dans quelques cas, en coudant trop brusquement l'intestin, devenir à son tour une cause d'occlusion intestinale.

Nous avons institué un grand nombre d'expériences qui nous ont permis de réaliser plusieurs fois des occlusions par les mécanismes que nous venons d'indiquer.

Nous croyons donc nécessaire de donner, dans l'histoire des occlusions intestinales post-opératoires, une place importante *aux occlusions par imperméabilité anatomo-physiologique de l'angle sous-costal gauche.*



Ligament suspenseur du coude colique sous-costal gauche.

Un élève de M. Le Dentu vient de publier un cas qui confirme absolument notre théorie de l'occlusion par l'angle sous-costal gauche. Tout ce qui exagère le coude intestinal, favorise l'occlusion. Tel est le cas de Riche.

Conclusions. — *a*) Un nombre certainement considérable d'occlusions intestinales post-opératoires reconnaissent pour cause l'imperméabilité physiologique de l'angle colique sous-costal gauche.

Cette imperméabilité est favorisée :

1° Par la fixité de l'angle colique gauche maintenu par un ligament suspenseur et par toutes les causes qui tendent à exagérer l'angle colique.

2° Par la compression au moyen des anses d'intestin grêle enclavées à la manière d'un coin élastique dans l'ouverture de cet angle.

b) Lorsque les anses d'intestin grêle se sont placées sur un plan postérieur au coude colique, celui-ci n'est plus comprimé et sa perméabilité se trouve moins compromise.

c) Le cathétérisme du rectum avec le tube de Faucher peut réussir quelquefois, mais théoriquement il devrait être insinué jusqu'à l'angle gauche du côlon transverse.

d) On est autorisé, dans les laparotomies, à déplacer des anses de l'intestin grêle dont la situation au niveau de l'angle du côlon paraitrait pouvoir compromettre sa perméabilité par une compression due à la distension de cette anse grêle.

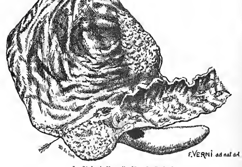
e) Le météorisme post-opératoire serait par lui-même une cause d'imperméabilité de l'intestin.

f) Il parait préférable de purger légèrement les opérés un à trois jours après la laparotomie et de ne pas attendre un météorisme exagéré qui va causer peut-être l'imperméabilité.

PERFORATION DE L'APPENDICE ILŒO-CŒCAL. — PÉRITONITE GÉNÉRALISÉE.

(Lyon médical, 1891.)

Nous avons, en collaboration avec le Dr Gouillioud, publié quelques remarques cliniques à propos d'un malade qui avait présenté des symptômes de péritonite généralisée suraiguë secondaire à une perforation de l'appendice ilœo-cœcal au niveau de sa base.



La flèche indique l'orifice de Gerlach.

Nous avons cultivé le pus recueilli au moment de l'opération et reconnu la présence du *bacillus coli commune* à l'état de pureté. Ces recherches ont été consignées dans une communication plus importante, que nous avons faite à la Société de Biologie, à l'instigation de notre maître M. le professeur Poncet.

APPENDICITE GANGRÉNEUSE. — PERFORATION. — PÉRITONITE SUPPURÉE GÉNÉRALISÉE.

(*Lyon médical*, 1895.)

Mort subite, le quatrième jour, à la suite du transport à l'hôpital.

QUELQUES REMARQUES A PROPOS DE 25 CAS PERSONNELS D'OPÉRATION DE HERNIES ÉTRANGLÉES (1re série).

(*Archives provinciales de Chirurgie*, 1895. Sous presse)

NOTES SUR LA RESTAURATION DU PÉRINÉE DANS LES RUPTURES DE L'URÈTHRE.

(*Lyon médical*, 1895.)

Dans deux cas de rupture de l'urèthre, dont l'un *compliqué de fracture double du bassin,* nous avons pratiqué la restauration du canal. Guérison dans les deux cas. Résultat éloigné.

CYSTOSTOMIE POUR RÉTRÉCISSEMENT CICATRICIEL DE L'URÈTHRE COMPLIQUÉ DE CYSTITE ET, SECONDAIREMENT, TUMEUR VÉSICO-URÉTHRALE.

(*Lyon médical*, 1895, et Société des Sciences médicales, 1895.)

Nous rapportons un cas personnel d'opération de Poncet pour rétrécissement infranchissable de l'urèthre, accompagné de cystite grave depuis plusieurs mois. La cystostomie soulagea le malade considérablement. Les

urines étaient retenues pendant 3 heures environ. Une uréthrotomie interne pratiquée secondairement rétablit momentanément le cours des urines, mais des phénomènes de tumeur vésicale et urèthrale obligèrent à maintenir l'ouverture sus-pubienne. Cette tumeur manifestement indépendante au début du rétrécissement uréthral se généralisa au poumon et au foie.

NOTE A PROPOS DE LA PARALYSIE TRAUMATIQUE PAR COMPRESSION DU PLEXUS SACRÉ PENDANT L'ACCOUCHEMENT.

(*Lyon médical*, 1893.)

Cette complication exceptionnelle des accouchements laborieux sur laquelle Bianchi a le premier attiré l'attention, survient ordinairement comme dans le cas que nous publions, à la suite d'un accouchement par le sommet et d'une application de forceps.

Le plus souvent la compression, qu'elle soit effectuée, par la tête fœtale ou par les cuillers de l'instrument, porte sur le tronc lombo-sacré et dans la sphère des branches nerveuses qui en partent (nerf fessier supérieur, et sciatique poplité externe).

Nous montrons par notre observation que le nerf sciatique poplité interne, qui reçoit aussi quelques filets radiculaires du nerf lombo-sacré, peut à son tour être intéressé et par son intermédiaire les muscles postérieurs de la jambe. Les troubles paralytiques dus à la compression s'accompagnent aussi d'atrophie et de phénomènes vaso-moteurs et sécrétoires.

RECUEIL DE FAITS.

OPÉRATION DE KRASKÉ. — ABLATION DE 10 CENTIMÈTRES DE RECTUM. — GUÉRISON.

(Communication à la *Société des Sciences médicales*, avril 1895.)

CORPS ÉTRANGER DE LA VESSIE. — URÉTHROTOMIE EXTERNE. — GUÉRISON.

(*Lyon médical*, 1895.)

Il s'agit d'un fragment de thermomètre en verre de 12 centimètres de long ; — la cuvette, de 8 millimètres de diamètre, ayant pénétré dans la vessie en premier lieu. Nous avons, à la demande du malade, enlevé ce thermomètre par la voie périnéale.

OCCLUSION INTESTINALE RÉFLEXE GRAVE SECONDAIRE A DES COLIQUES NÉPHRÉTIQUES. — GUÉRISON.

(En collaboration avec le Dr ANDIGUIER, médecin-major.)

SYPHILIS DE LA CONJONCTIVE.

(*Province médicale*, 8 octobre 1892.)
En collaboration avec le Dr MEURER.

C'est une observation de plaques muqueuses des conjonctives palpébrales accompagnées de phénomènes inflammatoires très intenses.

ZONA RUBÉOLIQUE DÉVELOPPÉ SUR LE TRAJET DU NERF RADIAL.

(*Revue de Médecine*, 1891.)

Il s'agit d'une observation de zona exceptionnel, observé chez une malade atteinte de rougeole grave, et développé sur le trajet des branches digitales du nerf radial. Les vésico-pustules siégeaient au niveau de la face dorsale et externe de la deuxième articulation carpo-métacarpienne et sur le pouce au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne.

Le nerf circonflexe respecté par l'éruption était de son côté le siège d'irradiation très douloureuse.

Ces deux nerfs, circonflexe et radial, qui naissent tous les deux d'un même tronc nerveux, ont provoqué par conséquent, chacun dans leur département respectif et sous l'influence de l'infection rubéolique, l'association de symptômes : de la douleur (circonflexe) et une éruption (radial).

PRÉSENTATIONS AUX SOCIÉTÉS MÉDICALES DE LYON.

Trois malades opérés d'appendicite (présentation).

Suture des tendons du pouce. Mouvements complets (présentation du malade, étudiant en médecine).

Tumeur de la vessie et cystostomie.

Polype de la base de la langue.

Sarcôme des fosses nasales (ablation du maxilaire supérieur).

Calcul de l'urèthre.

TABLE ANALYTIQUE.

ÉTUDES EXPÉRIMENTALES.

ANATOMIE, TÉRATOLOGIE, MÉDECINE OPÉRATOIRE.

ANATOMO-PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRUROICALE.

Pages.

RECUEIL DE FAITS.

Imp. Bourgeon, rue des Marronniers, 7, Lyon.